

**AUTORIZZAZIONE ALLO STRAORDINARIO PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO E DI
SUPPORTO TURNISTA E DIURNISTA**

Unita' Operativa

--

Mese _____ Anno _____ Dipendente _____

giorno del mese	dalle ore	dalle ore	totale ore	motivo	data autorizzazione	Firma Dipendente	Firma Direttore U.O.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

totale ore	
-------------------	--

totale ore autorizzate in straordinario	totale ore	
totale ore autorizzate da liquidare	totale ore	
totale ore da inserire a recupero	totale ore	
ore non autorizzate	totale ore	

Il Coordinatore Infermieristico

Il Direttore della U.O. certifica che le ore di straordinario sono state effettuate al fine di non creare interruzioni di pubblico servizio

IL DIRETTORE DELLA U.O.

Nome e Cognome leggibile

**Il Responsabile
U.O. Attività Infermieristiche**

Data di invio _____